Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(*Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates*)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 43. Wien, den 25. October. 1845.

1.

Original-Mittheilungen.

Zwei Fälle von Einpflanzung des ausserhalb des Capselbandes gebrochenen Schenkelhalses in die schwammige Substanz des grossen Trochanters und des Femur.

Von Dr. Carl Aberle, Supplenten der Lehrkanzel der practischen Chirurgie und provis. Primarwundarzte im St. Johann-Spitale zu Salzburg.

(Mit einer lithographirten Abbildung.)

1. Fall. R. G., Taglöhner, 77 Jahre alt, beleibt und kräftig gebaut, erfreute sich zeitlebens einer ungetrübten Gesundheit. Vor 40 Jahren erlitt er einen schiefen Bruch des rechten Schien- und Wadenbeines; dieser heilte mit Verschiebung der Bruchenden und Verkürzung um einen halben Zoll. Seit 8 Jahren ist er mit Hydrocele behaftet. Am 25. März d. J. Abends fiel er auf dem Glatteise mit dem vollen Gewichte seines Körpers nach rück- und seitwärts gegen den linken Trochanter. Er empfand augenblicklich stechenden Schmerz im Hüftgelenke, und konnte, von herbeigeeilten Personen aufgerichtet, weder stehen noch gehen. Auf einem Schlitten heimgebracht, blieb er 9 Tage hilflos. Am 3. April Abends ward er in das Spital überbracht.

Ich fand die linke untere Extremität verkürzt, um ein Viertel der Achse nach aussen gedreht, im Kniegelenke schwach gebeugt; die Weichtheile der Hüfte und des Oberschenkels stark geschwollen, die Haut von ausgebreiteter Blutunterlaufung grünlichgelb gefleckt, ihre Temperatur erhöht. Nach gleicher Lagerung beider Gliedmassen ergab die angestellte Messung vom vorderen oberen Dorne des Darmbeines zum oberen Rande der Kniescheibe auf der rechten Seite einen Abstand von 17½ Zoll, auf der linken von 16 Zoll, somit eine Verkürzung des linken Gliedes um 1½ Wiener Zoll. (Wegen Verkürzung des rechten Unterschenkels schien sie bloss 1 Zoll zu betragen.) Der linke grosse Rollhügel stand 1½ Zoll weiter hinten und oben, somit dem Darmbeinkamme näher als der rechte; dagegen war die Entfernung zwischen dem Trochanter und der Kniescheibe beiderseits gleich. Willkührliche Bewegungsversuche der linken Extremität waren dem Kranken unmöglich, passive vermehrten den fixen, brennend stechenden Schmerz am Hüft- und über dem Kniegelenke. Die Extremität, durch Ausdehnung verlängert, verkürzte sich sogleich beim Nachlasse der ziehenden Kraft; sie konnte auch unter mässiger Schmerzvermehrung leicht nach einwärts gedreht werden, wobei das Mitdrehen des grossen Rollhügels ziemlich deutlich in kleinerem Bogen als auf der rechten Seite gefühlt ward; freigelassen sank der Fuss nach aussen zurück. Reibungsgeräusch war undeutlich. Druck gegen die Pfanne verursachte we-

nig Schmerz. — Die Hydrocele bot die bei grossem Umfange gewöhnlichen Erscheinungen dar. Gleichzeitig war Decubitus am Steiss und Gesässe, ein geringer Grad von Bronchialcatarrh und auf Rauhigkeiten der Bicuspidalklappe deutende Unregelmässigkeit in den Herztönen zugegen; das übrige Befinden gut.

Diagnose. Extracapsulärer Bruch des Schenkelhalses.

Behandlung und Verlauf. Entleerung der Hydrocele. Zur baldigen Hebung des Decubitus eine rechte Seitenlage; beide Extremitäten in mässiger Beugung, am Knie und Fussgelenke zusammengebunden; kalte und Bleiwasserumschläge auf den Steiss, Oxycratumschläge über den geschwollenen Oberschenkel. Wegen drohendem Aufliegen am rechten Trochanter ward die Lage des Körpers und der unterstützenden Häckerlingspolster öfters gewechselt.

Am 12. April (dem 18. Tage nach dem Falle) konnte ich die Einrichtung des gebrochenen Gliedes vornehmen. Nachdem ich mittelst einer um den oberen Drittheil des linken Oberschenkels geführten breiten Schlinge bei fixirten Becken das äussere Bruchstück kräftig nach aussen abgezogen hatte, liess ich die Gliedmasse in halb gebeugter Stellung extendiren, und gab, als die normale Länge hergestellt schien, dem Zuge der Abductionsschlinge eine Richtung nach aus- und vorwärts. Zur Lagerung des Kranken wählte ich die doppelt geneigte Ebene mit Fussbrett; sie bildete einen Winkel von beiläufig 100 Grad; die unteren Extremitäten wurden am Knie und Fussgelenke zusammengebunden und an das Fussbrett befestigt; das Gewicht des Beckens war grösstentheils auf die Unterschenkel vertheilt, der Steiss lag hohl, der Stamm erhöht. Die Messung zeigte noch eine Verkürzung des linken Gliedes um etwas über einen halben Zoll, welche nicht gehoben werden konnte; die Entfernung des grossen Trochanters vom vorderen oberen Dorn des Darmbeines war wenig von jener der rechten Seite verschieden. Die Lage ward gut vertragen, und der weitere Verlauf bot nichts Besonderes dar. Öfters belästigte den Kranken Schwerathmigkeit und Husten; die Hydrocele erforderte wegen rascher Rückkehr zum früheren Volumen dreimal die Punction. Am 7. Mai (dem 34. Tage nach dem Falle) hob der Kranke beim Wechseln der Unterlagen ganz unerwartet das linke Glied ohne Unterstützung empor. Diess günstige Zeichen wiederholte sich am 20. Mai, wo ich die doppelt schiefe Ebene entfernte; die Extremitäten blieben zusammengebunden und der Kranke wegen neuem Decubitus abwechselnd in der Rücken- und rechten Seitenlage. Am 28. Mai (dem Ende der achten Woche nach dem Falle) Morgens um 1 Uhr starb der Kranke in Folge seröser Ausschwitzung im Gehirne, deren Zeichen bereits am 24. Mai auftraten.

Sectionsbefund. Die unteren Extremitäten starr, ausgestreckt; der vordere obere Dorn des Darmbeines auf der rechten Seite 17″ 7‴, auf der linken 16″ 10‴ vom oberen Rande der Kniescheibe entfernt, somit die Verkürzung 9‴ (W. M.) betragend; der Abstand zwischen dem vorderen oberen Dorne des Darmbeines und dem grossen Trochanter rechts 4″ 10‴, links 4″ 5‴. — Die wichtigsten Ergebnisse der inneren Besichtigung folgende: Viel röthliches klares Serum zwischen den stellenweise getrübten und verdickten Hirnhäuten und in die Seitenventrikel ergossen; die Gehirnsubstanz mässig blutreich; eine apoplectische Narbe im rechten Streifenhügel; die Sinus, mit Ausnahme des sichelförmigen, mit aufgelöstem Blute erfüllt; die Gefässe an der Basis des Gehirns rigid, stellenweise verknöchert. Serum im rechten Pleurasacke, Oedem beider oberen Lungenlappen, Bronchialcatarrh. Dilatation der Herzhöhlen, Verknöcherung der Bicuspidalklappe. In der Bauchhöhle nichts Besonderes.

Das obere Ende des linken Schenkelbeines von grossem Umfange und Gewichte; unter und vor dem mit wenig Callus bedeckten kleinen Trochanter eine Kette von höckerigen starken Callusmassen beginnend; diese zieht bogenförmig an der hinteren Fläche des Knochens gegen den grossen Trochanter hinauf, und spaltet sich an demselben in zwei Äste, von denen einer in die Grube, der andere gegen die Spitze desselben läuft. Der allmälige Übergang der vorderen Fläche des grossen Trochanters in die des Halses unterbrochen; längs der vorderen Umdreherlinie eine scharfe Kante fühlbar. Der Hals verkürzt, fast rechtwinklig gegen die Längenachse des Schaftes gestellt; der Kopf dem kleinen Rollhügel genähert; das Capselband straff, verdickt und stellenweise dunkelblauroth; der Knorpel des Kopfes und der Pfanne injicirt; das runde Band und seine Anheftungsstellen stark geröthet. Der Kopf unbeweglich am äusseren Bruchstücke haftend; er wurde erst bei der perpendiculären Durchsägung des oberen Stückes vom Schenkelbeine längs der Achse des Halses etwas lose. Die

von Sägespänen gereinigten Durchschnittsflächen zeigten folgendes, in der beiliegenden Zeichnung getreu dargestelltes Bild: Der längs den beiden Umdreherlinien (an seiner Basis) gebrochene Schenkelhals tief in die schwammige Substanz des grossen Trochanters und des Femur hineingetrieben; die Bruchfläche des Halses senkrecht gestellt; ihr nach ein- und abwärts gedrängter unterer Rand auf 3''' der äusseren Wandung des Schenkelbeines genähert. Die Gränze der Bruchfläche an der unteren Hälfte von dicht gedrängten injicirten Knochenzellen, an der oberen von einem nach aufwärts breiter werdenden Streifen grauröthlicher zäher Sulze bezeichnet; mit einer gleichen der oberste Theil des Schaftes erfüllt *). Mit dem Halse das daran befestigte fibröse Capselband ringsum in das spongiöse Gewebe des äusseren Bruchstückes hineingezogen; dadurch und mittelst neuen ligamentösen Gewebes der Hals so fest an die ihn umschliessenden Wandungen geheftet, dass nur einige Beweglichkeit gestattet ist. Kein äusserer Callus zunächst den Bruchrändern, am äusseren Bruchstücke ein (im Durchschnitte) 9''' langer, 2—3''' dicker innerer Callus, an der entsprechenden Stelle des Halses Spuren davon zugegen. Die compacte Substanz des Knochens beiderseits von ungewöhnlicher Dicke. Die Achse des Halses bildet mit jener des Schaftes am linken Schenkelbeine einen Winkel von 99°; dieser beträgt an dem rechten Schenkelbeine 140°. —

Erklärung der Abbildung.

Fig. I. Hintere Durchschnittshälfte des linken Schenkelbeines.
- a. Das stark injicirte runde Band.
- b. b. b. Reste des mit dem Halse in das äussere Bruchstück hineingezogenen Capselbandes.
- c. Der mit Callus bedeckte kleine Trochanter.
- d. d. Callusmassen.
- e. Innerer Callus.
- f. f. Grauröthliche zähe Sulze.
- g. g. g. Gränzen der Bruchfläche des Halses.

Fig. II. Umriss der hinteren Durchschnittshälfte des rechten Schenkelbeines.

Epicrise. Der Leichenbefund bestätigte die Diagnose; aber die Art und Weise des Heilungsvorganges lag ausser unserer Vermuthung. Dieser von Rokitansky Einpflanzung (Implantation), von Anderen Einkeilung des Halses in die zellige Substanz des Trochanters genannt, wurde in neuerer Zeit mehrmals beobachtet und besprochen. Fälle dieser Art beschrieben A. Cooper (welcher zwei Präparate von Powel (chir. Kpf. v. Froriep Tab. 92) und Roux erhielt), Hervez (nach Ribes im *Mémoire de l'Academie royale de médecine. 1834, T. III.*), Szerlecki (*Tractatus de fractura colli femoris. Friburgi 1834*), Fricke (Bericht über die chir. Abtheil. des allgem. Krankenhauses zu Hamburg etc. in Fricke's Zeitschrift, 1836. I. p. 20), Hahn (Würtemb. Correspondenz-Blatt. Bd. VI. Nr. 26 und 27), Fabri (*Memoria della società med.-chir. di Bologna* 1841). — Die Geschichte der drei ersten Fälle kenne ich nicht, in den von den letzteren vier Beobachtern mitgetheilten war die Einpflanzung primär, d. i. bei dem Falle selbst entstanden. Als constante Erscheinungen zeigten sich bei denselben: nicht ganz aufgehobene Function des Gliedes (manche konnten noch aufstehen und gehen), Abwesenheit von Reibungsgeräusch, Unmöglichkeit, die (meist geringe) Verkürzung des Gliedes durch Ausdehnung aufzuheben, geringe Dislocation des grossen Trochanters, keine oder nur geringe Richtung des Fusses nach aussen. Über die Schwierigkeit, aus diesen Erscheinungen, welche nach Eckl, Amesbury, Boyer, Hahn etc. überhaupt der Einkeilung der Bruchenden des Halses in einander zukommen, mit Sicherheit einen Bruch desselben zu diagnosticiren, haben sich Fricke, Schindler, Mebes und Andere geäussert.

In unserem Falle fehlte diese Symptomengruppe; er lieferte im Gegentheile das vollendete Bild eines Schenkelhalsbruches; die Verkürzung des Gliedes um 1½ Zoll, die gleich starke Verschiebung des Trochanters, die Möglichkeit einer Verlängerung und Einwärtswendung der um eine Viertelachse nach aussen gedrehten Extremität, deren Zurückweichen in die frühere Stellung beim Nachlasse der ziehenden Kraft und die gänzlich gestörte Function widerstreben der Annahme einer primären Einpflanzung. Diese konnte erst nach gelungener Einrichtung secundär durch die Wirkung der Muskeln zu Stande gekommen sein, welche sich an den beiden Trochantern ansetzen. Die Richtung nach aus- und abwärts, welcher die Bruchfläche des Halses beim Eindringen

*) Diese Sulze wurde nach längerem Verweilen des Präparates im Wasser und später im Weingeiste weiss und sank ein, so dass jetzt die Bruchfläche von einem weisslichen, nach oben breiteren und vertieften Streifen begränzt erscheint.

in die zellige Substanz des äusseren Bruchstückes folgte, entspricht beiläufig der Diagonale der Richtungen, in denen die Muskeln wirkten und die Bruchflächen gegen einander drückten. Dadurch ward Compression und Schwund der zelligen Substanz des äusseren Bruchstückes bedingt. Das Eindringen geschah in Folge des scharfkantigen unteren Bruchrandes des Halses nach unten am stärksten, vorne und hinten aber ganz gleichförmig, so dass nur Senkung seiner Achse ohne Seitenneigung erfolgte. Nach Robert (über den Schenkelhalsbruch — *Séances de l'Académie royale de Sciences. Paris* 1844) soll das Eindringen des an der Basis gebrochenen Halses in den Trochanter nach unten und hinten beträchtlicher sein, als nach vorne, was er aus dem Zustandekommen des Bruches beweisen will, und jenes tritt dann ein, wenn die Gewalt des Falles auf den Trochanter durch die Erzeugung des Bruches noch nicht erschöpft ist. Er unterscheidet zwei Grade von Eindringen, ein partielles (auf den hintern und untern Theil beschränktes) und ein vollständiges. Hahn, welchem innerhalb 8 Jahren 9 Fälle davon vorkamen, läugnet, dass ein und derselbe Moment Bruch und Einkeilung veranlassen könne, wie Mehrere annehmen, und erklärt diese auf folgende Weise: Entweder bricht der Hals durch ein Ausgleiten des Fusses, durch einen Fall auf den ausgestreckten Fuss oder das Knie, oder durch unerwartetes Tiefertreten mit dem Fusse, und die Person, unfähig, sich aufrecht zu erhalten, fällt auf die Seite (den grossen Trochanter); — oder es bricht der Hals durch einen Fall auf diesen, bei den Versuchen aufzustehen, fällt die Person wieder auf die Seite, wodurch bei der einfachen Einkeilung die zackigen Spitzen der Bruchenden mit oder ohne Verschiebung in einander gedrückt werden. Nach ihm können Muskelcontractionen keinen Antheil daran haben; diess ist durch unseren Fall vollkommen widerlegt.

Im Gegentheile glaube ich, dass die Heilung eines an der Basis gebrochenen Schenkelhalses in Folge der die Bruchflächen gegen einander drückenden Muskelkraft meistens auf solche Art zu Stande komme, wenn anders bei der Einrichtung eine genaue Aneinanderfügung derselben erfolgte, und nachträglich erhalten wurde. Gewiss würden solche Fälle von Einpflanzung häufiger beobachtet worden sein, wenn man die Durchsägung des angeblich durch Callus oder fibroides Gewebe geheilten Schenkelhalses vorgenommen hätte.

2. Fall. So fand ich im hiesigen anatomisch-pathologischen Museum ein Präparat, welches als ein durch Callus geheilter extracapsulärer linker Schenkelhalsbruch in Weingeist aufbewahrt wurde; es stammt von der Leiche eines an Wassersucht verstorbenen 83jährigen Taglöhners, über welchen man leider nicht mehr erfahren konnte, als dass er vor länger als 20 Jahren den Schenkel gebrochen habe. Die Ähnlichkeit der Stellung des Halses mit jener des zuerst beschriebenen Präparates veranlasste mich zur perpendiculären Durchsägung desselben, welche meine Vermuthung einer vorhandenen Einpflanzung bestätigte.

Der Durchschnitt zeigt grosse Ähnlichkeit mit dem abgebildeten. Der verkürzte Hals steht fast rechtwinklig zum Schafte, seine untere Fläche ruht auf dem kleinen Rollhügel, welchen der Kopf beinahe berührt; die Bruchfläche des Halses ist geradlinig, senkrecht stehend und der äusseren Wand des grossen Trochanters auf 4—5 Linien genähert. Dieselbe begränzt (den obersten Theil ausgenommen) ein weissgraulicher schmaler Streifen von dichtem fibroiden Gewebe; ein gleicher, das an der untern Fläche des Halses haftende und hineingezogene Capselband, trennt diese vom kleinen Rollhügel. Dagegen ist oben nirgends dergleichen Gewebe bemerkbar, so dass es schien, als habe da eine Verwachsung des eingepflanzten Halses durch Callus Statt gehabt. Nach genauer Untersuchung entdeckte ich aber eine feine weissliche Ritze, welche von der obern Gränze des weissgraulichen Streifens im grossen Trochanter bogenförmig nach aussen läuft. Diese verfolgte ich mit der Spitze eines Scalpells. An der Aussenseite der vorderen Durchschnittshälfte entspricht ihr eine feine Spalte, welche schief nach vor- und abwärts läuft, und 2½ Zoll unter der Spitze des grossen Trochanters zu einer queren breiten Furche wird, welche dann am kleinen Rollhügel vorbei zur unteren Fläche des Halses hinaufzieht. Sie wird von der vorderen Fläche des Schaftes und dem Bruchrande des nach ab- und auswärts verschobenen grossen Trochanters gebildet. Obige Ritze an der hintern Durchschnittshälfte verfolgend, fand ich die Richtung der Fissur ½ Zoll unter der Trochanterspitze horizontal zur hinteren Umdreherlinie und an dieser über dem kleinen Rollhügel verlaufend. Theils verbindet straffes Fasergewebe, theils wirklicher Callus die Bruchflächen. Auch längs der vorderen Umdreherlinie konnte ich mit der Messerspitze zwischen Hals und

dem äusseren Bruchstücke eindringen. Jener steckt unbeweglich in diesem. Die Form und Richtung des grossen Rollhügels ist verändert, seine Oberfläche und Umgebung mit mehreren Höckern von reichlich exsudirtem Callus besetzt, welcher hier wie im vorigen Präparate zunächst den Bruchrändern fehlt, wie es Rokitansky in seinem Handbuche der pathologischen Anatomie (Band II. p. 313) beschreibt, wo er auch einer vollkommenen Verwachsung eines eingepflanzten Halses durch Callus erwähnt. In diesem zweiten Falle war also eine Complication von Bruch des Halses und des grossen Trochanters zugegen; es scheint, dass ersterer zwar an der Basis gebrochen war, jedoch oben mit der Trochanterspitze durch eine schmale Brücke von Knochensubstanz zusammenhing, welche eine Knickung erhalten haben musste; in letzterem verlief der Bruch von aussen, hinten und oben nach ein-, vor- und abwärts.

Bei unserem ersten Falle glaube ich noch auf den besonderen Gefässreichthum des runden Bandes aufmerksam machen zu müssen, welchen auch Porter bei einem 69jährigen Manne, Howship u. A. beobachteten. Hätte A. Cooper solchen gesehen, so würde er kaum an der Möglichkeit der Heilung eines Schenkelhalsbruches innerhalb des Capselbandes durch Callus gezweifelt haben *).

In Rücksicht der Einrichtungsweise dürfte noch die Folgerung gerechtfertiget sein, es sei in Fällen, wo keine primäre Einkeilung des gebrochenen Schenkelhalses vorliegt, zweckmässig, der Ausdehnung eine Abziehung des oberen Endes des Oberschenkels voranzuschicken, vorzügliche Sorgfalt auf die Herstellung des normalen Standes des grossen Trochanters zu richten, und, wenn diese gelungen, durch Drücken desselben gegen die Pfanne eine Einkeilung der Bruchenden zu begünstigen. Dagegen möchte ich Robert beistimmen, welcher bei wahrscheinlicher Anwesenheit eines eingekeilten Bruches die Vermeidung jedes Reductions- und Verlängerungsversuches empfiehlt, wodurch nur die Bruchenden von einander entfernt und die Consolidation erschwert würde.

*) Ein ausgezeichnetes (macerirtes) Präparat dieser Art besitzt das hiesige anatomisch - pathologische Museum. Es ist das linke Schenkelbein einer 66 Jahre alten kränklichen Frau, dessen Hals bei einem Falle auf die linke Seite innerhalb der Capsel brach. Eilf Wochen nachher fing sie an, mit Krücken zu gehen, deren sie nie ganz entbehren konnte. In der ersten Zeit der Gehversuche nahm die Verkürzung des Gliedes zu. Sie starb $4^3/_4$ Jahre nach dem Falle. — Ausser diesem befinden sich im Museum zwei Präparate von Schenkelhalsbruch innerhalb des Capselbandes, woran die Bruchflächen durch fibroide Masse vereinigt sind; das eine lieferte ein 56jähriger Mann 2 Jahre nach dem Falle, das andere eine Frau von 78 Jahren, welche 26 Wochen zuvor den Bruch erlitt. — Von den aufbewahrten, nicht vereinigten, intracapsulären Brüchen sind 2 acht Tage, 1 ein Jahr, 1 zwei Jahre alt. Der letzte kommt von einem 73jährigen Manne, welcher 3 Monate nach dem Falle mit Krücken gehen konnte.

Zwei Fälle von Anus imperforatus.

Mitgetheilt von A. F. Zöhrer, k. k. Findelhaus-Wundarzte in Wien.

(Schluss.)

II.

Ein besonders merkwürdiger Fall kam bei einem am 25. Jänner 1845 neu aufgenommenen Findling M. K. vor. Das Kind war zwei Tage alt und bei der Anwendung eines Clystieres konnte das Röhrchen nicht höher als $1^1/_4$ Zoll hinaufgeführt werden. Bei näherer Untersuchung mit dem eingeführten Finger konnte man weder eine blasenförmige Ausdehnung, noch sonst einen Theil entdecken, der auf das blinde Ende des Rectums hätte schliessen lassen. Rückwärts das *Os coccygis*, oben ein ziemlich grosser und harter Körper nach und vorne zu eine weiche, nachgiebige Stelle, wahrscheinlich die Blase, die durch die Vaginalwandung herabdrückte, gaben die ganze Orientirung, die man sich von der Misslage der Organe machen konnte. Dabei Erbrechen von flüssigem, geruchlosem Darmkoth und Abgang von Winden durch den Mund, sehr aufgetriebener, gespannter Unterleib, kalte Extremitäten, verfallenes Gesicht und heisere Stimme.

Nach einer abgehaltenen Consultation, bei der auch Hr. Prof. Schuh sich einzufinden die Güte hatte, wurde beschlossen, da unter diesen Umständen nichts zu verlieren sei, den Versuch zur Herstellung der Wegsamkeit des Rectums auf der Stelle ins Werk zu setzen. Da der Mastdarm auf die Höhe von $1^1/_4$ Zoll normal gebildet war, da ferner weder durch die Vagina noch durch die Urethra ein kothartiger Abgang erfolgte, so war es beinahe gewiss, dass die Verschliessung höher liege und entweder in einer einfachen, dickeren

Membran, oder in einer Verwachsung der Wandungen auf eine längere Strecke gegründet sei.

Demnach führte ich durch die noch offene Stelle des Darmes auf dem Zeigefinger der linken Hand einen Troicar ein, und in der Richtung des Laufes des Rectums fort; doch obwohl ich diesen Versuch mehrere Male wiederholte, so bezweckte ich weiter nichts, als den Abgang einiger Unzen gelber Flüssigkeit. Die Blase konnte nicht getroffen sein, denn der Troicar war genau der Krümmung des *Os coccygis* gefolgt; es musste also das Instrument in die freie Bauchhöhle gelangt sein, aus der sich die genannte Flüssigkeit ergossen hatte.

Die Unmöglichkeit der Lösung unserer Aufgabe bei dieser Sachlage und bei den vorhandenen Zeichen des herannahenden Todes einsehend, standen wir von jedem weiteren Versuche ab. Demungeachtet schleppte sich dieses zähe Leben bis zum 29. Jänner fort.

Was die Section lehrte, war dieses. Sämmtliche Dickdärme waren zusammengezogen, leer von Koth und mit einem zähen, weissen Schleime angefüllt. Vagina und Blase nicht verletzt, nur an der hintern Wand des kleinen Anfangsstückes des frei gebliebenen Rectums ein feines Ritzchen, die Stelle, durch welche der Troicar in die Bauchhöhle gedrungen war. Was aber bildete den ziemlich grossen und festen Körper, den der eingeführte Finger genau an jener Stelle fühlte, wo der Mastdarm mit einem Male, wie mit einer Ligatur abgebunden, aufhörte? — Diess waren die in einem Knäuel durch einander geschlungenen und zusammengeschnürten dünnen Gedärme. Es war also nie ein Excrement in die Dickdärme gekommen, daher ihre Verödung und Zusammenschrumpfung. Ausserdem zeigte sich Bauchfell- und Gedärmentzündung und an mehreren Stellen der zusammengewickelten dünnen Gedärme Brand.

Es ist diess ein wohl höchst seltener Fall, eine Abnormität, die meines Wissens in dieser Grösse und Ausdehnung von Niemanden ist beobachtet und beschrieben worden. Zwar sprechen einige Schriftsteller von Fällen, wo der After gut getrennt war und die Kinder dennoch an Zufällen litten, wie man sie bei den *Anis imperforatis* beobachtet; allein dann lag die Ursache der Sperrung in einer häutigen Verschliessung oder stellenweisen Verengerung einige Zolle über der Mastdarmmündung, und wenn die letztere Statt fand, so standen die Sachen immer sehr schlimm, und das Finale war der Tod des Kindes. — Jede Behandlung dieser unglücklichen Kleinen durch Calomel, Blutegel und erweichende Umschläge nützt wenig, vielleicht gar nichts. Clystiere, Bäder aus Milch, Einmelken der Mutter- oder Ammenmilch, wenn das Kind die Brust nicht selbst nimmt, und in Ermanglung dessen sorgsames Einflössen reiner guter Kuhmilch sind die einzigen Mittel, die zur Seite der operativen Technik etwas zu leisten im Stande sind.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Pathologische Anatomie.

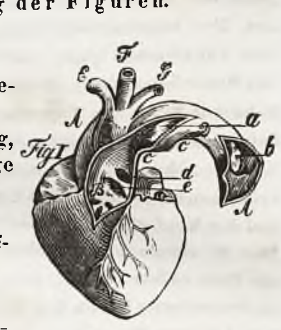
Zur pathologischen Anatomie der Obliteration der Aorta in Folge fötaler Involution des Ductus arteriosus Botalli. Von Prof. Dr. Bochdalek in Prag. — Auf der pathologisch-anatomischen Anstalt zu Prag kamen in einem Jahre zwei Fälle dieser Art zur Anschauung. Der erste Fall war ein 22 Tage alter, an Pneumonie verstorbener Knabe. Der *Ductus Botalli* war gegen die Lungenarterie hin schon geschrumpft und zusammengezogen, im Aortentheil dagegen strangförmig strotzend, derb anzufühlen und mittelst eines derben, roth marmorirten und gefleckten plastischen Lymphpfropfes ausgefüllt. Die Aorta war von ihrem Ursprunge an bis zur Abgabe der rechten *A. anonyma* nur etwas erweitert, von der Einmündung des *Ductus Botalli* angefangen, ja schon 2''' früher, strotzte sie in einer Strecke von 9''' noch mehr als der Aortentheil des *Ductus Botalli,* indem ihr Canal daselbst mittelst eines derben, den Wänden adhärirenden plastischen Lymphpfropfes ausgefüllt war, welcher an seinen beiden Enden sich schmälerte und mit dem des Botallischen Ganges in Verbindung stand. Dieser Theil der Aorta hatte einen Durchmesser von 4'''. Der geschrumpfte Theil des *Ductus Botalli* hatte dickere, schwammig aufgelockerte, auf der innern Fläche gerunzelte Wände, die sich bereits so sehr genähert

hatten, dass sie sich stellenweise berührten. Die aus dem Aortenbogen entspringenden Äste zeigten eben so wenig, als die *Art. mammaria interna* und *epigastrica inf.* eine bemerkbare Erweiterung. Das Herz war nicht merklich grösser, das ovale Loch offen, die Klappen normal. Die Erscheinungen, welche das lebende Kind dargeboten hatte, waren schweres Athmen und in den ersten Tagen mässige cyanotische Färbung des Gesichts, der Hände und Füsse. — Der zweite Fall kam an einem 4 Jahre alten Mädchen vor, welches an einer sehr ausgebreiteten Lungentuberculose starb. Der *Ductus Botalli* war zu einem kaum $1'''$ dicken, zellig fibrösen, gegen die Aorta hin in der Mitte einen $2^{1}/_{2}'''$ langen, walzenartigen, etwa $^{1}/_{2}'''$ dicken, sehr derben, knorpelharten Körper einschliessenden Strang umgewandelt. Die Aorta hielt von ihrem Ursprunge bis zur Abgabe der *Art. anonyma* $7^{3}/_{4}'''$ im Durchmesser, zwischen der *anonyma* und *Carotis sinistra* $4^{1}/_{2}'''$ und zwischen der letzteren und der *Arteria subclavia* hin $3^{3}/_{4}'''$. Nachdem sie hierauf noch ein wenig enger geworden war, erweiterte sie sich zu einer erbsengrossen, länglichrunden, blasenförmigen Ausdehnung, in deren unteren und inneren Theil sich der obliterirte Botallische Gang einsenkte. Unmittelbar unter dieser und $7'''$ unterhalb des Ursprunges der *Subclavia sinistra* befand sich eine etwa $1'''$ lange und über $2'''$ im Durchmesser haltende Einschnürung, und an dieser Stelle war ihr Canal so verengert, dass man kaum eine Sonde von $^{3}/_{4}'''$ durchschieben konnte. Diese Verengerung war immer von einem ungleichmässig dickleistig vorspringenden, derben, lederartig zähen Ringe begränzt. Dicht unter der Strictur erweiterte sich die Aorta plötzlich schlauchartig zur Weite von $8'''$, nahm allmälig gegen das Zwerchfell zu, und verengerte sich dann wieder im Abdominaltheile etwas über die Norm. Siehe Fig. II. Die linke *A. epigastrica inferior* schien etwas erweitert; die *Arteriae intercostales*, besonders die 4., 5., 6. und 7. beiderseits waren um die Hälfte weiter, die beiden *A. subclaviae*, so wie der obere Abschnitt der *A. axillaris* bis zur Abgabe der *A. thoracica ext. longa* von Seite der letzteren und der *A. infra-scapularis*, so wie die *A. anonyma* erweitert, eben so die *A. thyreoidea infer.*, die *A. mammariae internae* und *intercostales primae*. Alle diese Arterien anastomosirten entweder unmittelbar oder meist mittelbar mit den Rumpfarterien, und durch sie wurde nun der Collateral-Kreislauf bewerkstelliget. Während des Lebens des Kindes hatte keine Erscheinung zur Vermuthung einer solchen Veränderung der Aorta Anlass gegeben. Das Herz war vergrössert und besonders der linke Ventrikel mässig hypertrophirt und erweitert; das ovale Loch verschlossen.

Der erste Fall beweiset, dass die Verengerung oder Obliteration der Aorta in dem Bereiche des *Duct. Botalli* wohl immer während der Verwachsung (Involution) desselben und zwar nur dann entstehe, wenn dieselbe nicht, wie gewöhnlich, durch blosse Auflockerung, Wulstung und endliche Schrumpfung, sondern durch einen höheren Grad von Entzündung und Ablagerung von plastischem Exsudate in seinen Canal und Organisirung desselben erfolgt, und diese Entzündung auch in den benachbarten Theil der Aorta übergeht. Der zweite Fall stellt den Obliterationsprocess in seiner Vollendung dar.

Erklärung der Figuren.

Fig. I.



AA. Oberes Aortenstück.
B. Stamm der Lungenarterie gespalten.
CC. Der Botallische Gang, gleichfalls der Länge nach gespalten.
E. Art. anonyma.
F. Carotis communis sinistra.
G. Art. subclavia sinistra.
a. Der sich gegen die Lungenarterien hin verschmälernde Lymphpfropf im *Duct. art. Botalli.*
b. Der sich nach abwärts verschmäl. Lymphpfropf in der Aorta.
d. e. Die Mündungen d. beiden Lungenarterienäste.

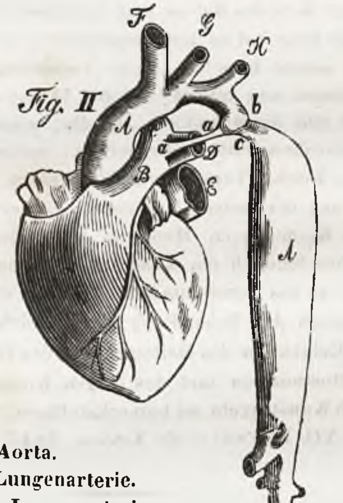


Fig. II.

AA. Die ganze Aorta.
B. Stamm der Lungenarterie.
C.D. Die beiden Lungenarterien.
E. Linker Vorhof.
F. Art. anonyma.
G. Carotis commun. sinistra.
H. A. subclavia sin.
a. Der ligamentös verschlossene Botallische Gang.
b. Die blasige Erweiterung der Aorta dicht über ihrer Strictur.
c. die Strictur oder Obliterationsstelle.

(*Prager Vierteljahrsschrift für die practische Heilkunde. 1845. IV. Band*) *Nader.*

Sectionsbefund einer theilweisen Dislocation der Schulter nach aufwärts. Von A. Smee. — Der obere Theil des *Tuberculum humeri majus* war in eine Gelenkfläche umgewandelt, um welche das Zellgewebe ein wenig verdickt war und eine Art schwachen Capselbandes bildete. Die Gelenkfläche entsprach einer anderen am Acromion, theils an der unteren Fläche desselben, theils durch neue Knochenmasse gebildeten glatten Fläche, welche sich $^{1}/_{8}$—$^{1}/_{2}$ Zoll weit in die Sehne des Deltamuskels hinein erstreckte. Die Sehnen des Ober- und Untergrätenmuskels waren zugleich mit dem Capselbande vom Tuberculum abgerissen und

ein von dem abgerissenen Rande der Sehnen noch sitzen gebliebenes Knochenstück gab zu erkennen, dass das Tuberculum selbst verletzt worden sei. Die derartig gewaltsam getrennten Theile liessen eine Öffnung zurück, durch welche die Höhlen der normalen und abnormen Gelenke mit einander in Verbindung standen. Der concentrische Rand der abgerissenen Theile war vollkommen glatt, und oben und unten mit einer Art Synovialmembran überkleidet. Das an den Sehnen hängende Stück des Tuberculum war abgerundet, und bot der Bewegung keinerseits ein Hinderniss dar. Der Kopf des Humerus, so wie die Glenoidalhöhle waren vollkommen gesund, das Capselband war unversehrt und der Kopf glitt in der Gelenkhöhle frei hin und her. Der *M. subscapularis* befestigte sich wie gewöhnlich am *Tuberculum majus,* der grosse runde Armmuskel an der unteren Partie des *Tub. maj.* und die Sehne des zweiköpfigen Muskels an dem Schulterblatthalse. Der lange Kopf des Biceps war abgerissen, das abgerissene Ende hing fest an der Bicipitalrinne, so dass der Muskel seiner Function nicht vorstehen konnte. Verf. schliesst nun auf die Art und Weise der Verletzung, und gibt die Symptome an, die, wenn eine derartige Dislocation Statt finden würde, vorhanden sein dürften: Leichte Verkürzung des Gliedes, geringe Veränderung der Achse desselben, stärkeres Hervorragen des Kopfes vom Humerus unter dem Deltamuskel, wahrscheinlich ein knarrendes Anstreifen des *Tub. maj.* an das Acromium beim Abziehen des Armes. Rücksichtlich der Behandlung eines solchen Falles wäre die Relaxation des Deltamuskels, des Ober- und Unter-Grätenmuskels und des langen Kopfes vom Biceps nach Kunstregeln zu bewerkstelligen. (*Lancet. 1845. Nr. XII. in Froriep's Notizen. 1845. Nr. 761.*)

Blodig.

B. Ophthalmiatrik.

Drei Fälle von Durchschneidung des M. orbicularis palpebrarum. Von Dr. Froebelius in St. Petersburg. — Bei einem 19jährigen Dienstmädchen war nach wiederholten Augenentzündungen durch Krampf des Orbicularmuskels Entropium der Lider des linken Auges entstanden. Im äusseren Winkel fühlte man deutlich die gespannten Muskelfibern, die, bei heftiger Contraction die mitverwachsene Haut in viele Falten runzelnd, das Entropium noch vermehrten. Die subcutane Blepharotomie am äusseren Theile des oberen Augenlides, nahe dem Augenwinkel, mit einem $1\frac{1}{2}'''$ breiten Tenotome nach den bekannten Regeln von aussen nach innen unternommen, hatte nach 14 Tagen den entsprechenden Erfolg. Am unteren Lide war nach einem ähnlichen Verfahren wegen zu grosser Ausdehnung der äusseren Hautdecke noch eine Hautfalte zu entfernen. — In dem zweiten Falle, bei einem Weibe von 50 Jahren, waren durch Entzündung und Krampf die angeschwollenen Augenlider mit ihrem freien Rande und den Cilien entropisch gegen den Bulbus gekehrt; am äusseren Augenwinkel hatte sich bereits eine Blepharophimosis gebildet. Die subcutane Blepharotomie, die nebst dem Ausfliessen einiger Tropfen Blutes auch einen bedeutenden Schmerz zur Folge hatte, hob aber das Übel fast augenblicklich, so dass Pat. nach wenig Tagen entlassen werden konnte. — Bei einem 10jährigen Knaben, der das Auge vor Schmerz und darauf folgendem Thränenflusse nicht öffnen konnte, entstanden in dem wunden äusseren Winkel kleine oberflächliche Risse. Eine 4 Wochen lange Behandlung mit inneren und äusseren Mitteln hatte kaum einen Erfolg. Auch die Blepharotomie gewährte nur eine theilweise Verbesserung der Lage der beiden Lider, so dass nach einigen Tagen der Zustand der alte war, worauf erst nach blutiger Erweiterung des äusseren Winkels in Verbindung mit einigen anderen Mitteln das Übel gehoben wurde. F. schliesst daraus, dass bei diesem Grade der Blepharophimosis die Indication zur Durchschneidung des Muskels aufhöre, und die Canthoplastik zur radicalen Heilung nothwendig sei. (Vorliegende Fälle geben eine erfreuliche Bestätigung der von Heidenreich gemachten und veröffentlichten Erfahrung — vergl. österr. med. Wochenschrift 1845. Nr. 40. S. 1268 — bezüglich der Anwendung der subcutanen Blepharotomie bei subacutem Augenlidkrampfe und krampfhaftem Entropium. Auch gewinnt die Ansicht Heidenreich's, dass hier weniger die Hinwegräumung des mechanischen Hindernisses als vielmehr der Nervenreflex — nach H. physiologische Induction genannt — die Hauptrolle spiele, an Wahrscheinlichkeit. Es ist im Interesse der Wissenschaft zu wünschen, dass über diesen Gegenstand vielfältige Versuche angestellt und ihre Resultate veröffentlicht würden, um vor allem die jetzt unstreitig noch vagen Indicationen für die subcutane Blepharotomie festzustellen. Ref.) (*Aus Froebelius Beiträgen zur operativen Augenheilkunde in v. Walther's und v. Ammon's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. 1845. IV. Bd. 3. Stück.*)

Blodig.

C. Otiatrik.

Methode, sicher und leicht mit Untersuchungs-Instrumenten in die Eustachische Trompete zu dringen. Von Prof. Günther zu Leipzig. — Verf. gelangte durch eigene Forschung und Übung am Leichname und an Lebenden zu einer Methode, welche eine bei den übrigen Untersuchungsweisen leider vermisste Sicherheit gewährt, und vom wesentlichsten Nutzen zu sein verspricht. Man ist durch selbe im Stande, die Trompete mit ihren Umgebungen, die Tonsillen, die hintere Wand des Gaumensegels und des hinteren Bogens, ja selbst die Umgebungen der hinteren Nasenöffnungen genau zu fühlen, sodann mit Sicherheit und Schnelligkeit mittelst der Sonde in den Canal der Trompete zu gelangen, ohne ein sonst gebräuchliches Mittel nothwendig zu haben. — Die Methode nun ist folgende: Man fährt mit dem zweiten Finger, oder bei sehr kurzen Fingern mit dem 2. und 3., durch den Mund des Kranken rasch hinter das *Palatum pendu-*

lum, wobei der Rücken der untersuchenden Hand der Zunge des Pat. zugekehrt ist. Hat man zwei Finger benützt, so untersucht man mit dem Mittelfinger, als dem längeren. Doch ist es stets vorzuziehen, den 2. Finger allein einzuführen; man belästiget den Kranken minder, und kann leichter in alle Vertiefungen dringen. Für die linke Trompete bedient man sich der linken Hand und umgekehrt. Man sucht nun sogleich nach der Tuba, die man sehr leicht und deutlich als einen rundlichen, knorpelharten Körper hinter dem hinteren Bogen fühlt. Man umgehe sie ganz mit dem Finger, dränge denselben zwischen dem Bogen und der Trompete hinein, berühre, besonders bei geringer Übung, um sich zu orientiren, den hintern Rand des harten Gaumens, und lege dann den Finger hinter die Tuba, um die entweder vorher oder auch nachher in den untern Nasengang eingeführte Sonde mit dem untersuchenden Finger aufzufangen. Die Sonde lässt sich dann sehr leicht nach aussen hin in die Trompete leiten, worauf man sich durch Bewegung der Sonde überzeugt, dass die Operation gelungen. Das bei einzelnen Patienten entstehende Würgen, oder die Erstickungszufälle, wenn man den Finger nicht bald zurückzieht, verlieren sich durch Gewohnheit bald. Je rascher man übrigens mit dem Finger nach rückwärts fährt, desto leichter vertragen die Kranken die Untersuchung. Durch diese Untersuchungsweise kann man überdiess den hervorragenden Atlas durch die hintere Wand des Pharynx, und wenn man die Hand umkehrt, die Zungenwurzel und den Kehldeckel, ja selbst den obern Theil des Kehlkopfes sehr gut fühlen. (*v. Walther's und Ammon's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. 1845. IV. Bd. III. Stück.*)

Blodig.

D. Gerichtliche Medicin.

Über Ecchymosen und Blutextravasate in gerichtsärztlicher Beziehung. Von Dr. Adelmann in Gerolshofen. — Blutextravasate im Gehirn, die weder durch Apoplexie, noch durch Gehirnerschütterung oder Quetschung bedingt sind, entstehen durch das sinkende Gehirnleben im Momente des Todes, und haben mit den Blutflüssen bei Leichen denselben Grund. — Man findet an Leichen Blutunterlaufungen nach eingetretener Fäulniss, die gleich nach dem Tode nicht vorhanden waren. Blutige Extravasate kann auch rohe Behandlung der Leiche veranlassen. — Nach epileptischen Paroxysmen hat man Blutunterlaufungen auf der Haut beobachtet. — Das Extravasat in Folge eines Bruches der Schädelknochen findet sich immer zwischen dem Schädel und der harten Hirnhaut, wenn der gebrochene Knochen nicht etwa diese selbst verletzte; ohne Verletzung der *Meningea media* ist sie selten beträchtlich; Extravasat durch Gehirnerschütterung findet sich zwischen den Meningen, in der Substanz und den Kammern des Gehirns. — Blutextravasate in der Brusthöhle findet man auch als Folge von Kopfverletzungen. — Extravasat unter den Kopfbedeckungen lässt nicht immer auf vorausgegangene mechanische Gewalt schliessen. — Beim Erstickungstode findet man öfters Suggillationen an verschiedenen Theilen des Körpers, die bei Ersäuften oder vom Blitze Getroffenen sehr breit sind. — Bei dem fraglichen Gegenstande ist auch die Wirkung des Todes und die Fäulniss der Leiche in Betracht zu ziehen. Die Todtenflecke erscheinen am ersten an den Stellen, an denen die Leiche aufliegt; ein Einschnitt mit dem Scalpell zeigt kein in das Hautgewebe ergossenes Blut. Was man mit dem Scalpelle von der Hautoberfläche abträgt, ist bei Todtenflecken weiss und ungefärbt, bei Contusionsflecken mehr oder minder den Flecken ähnlich gefärbt, im letzteren Falle überdiess noch die Haut eigenthümlich rauh und hart. Von den Todtenflecken sind ferner die Ecchymosen zu unterscheiden, die sich an Leichen der nach Vergiftungen, exanthematischen Krankheiten, Epilepsie, Apoplexie, Herzkrankheiten, am Scorbut, an Petechialfieber Verstorbenen finden. Das Zellgewebe ist hier mit flüssigem Blute infiltrirt. Bei bereits faulenden Leichen ist das gerichtsärztliche Urtheil aus vorhandenen Ecchymosen oder Extravasaten oft unmöglich. — Bei Extravasaten, die durch äussere Gewalt entstehen, findet man, neben den dadurch entstandenen inneren Ergiessungen, eine umschriebene, an Form dem verletzenden Werkzeuge mehr oder minder entsprechende, blaurothe, elastische Geschwulst auf der Haut, die an den Rändern härter als in der Mitte, oft auch mit Verletzung darüber liegender Theile, namentlich der Knochen verbunden sein kann. Die Gerinnung ist ein Hauptmerkmal des im Leben ergossenen Blutes, da das Gerinnen desselben nur als eine mit seinem Leben unmittelbar verbundene Erscheinung betrachtet werden kann. Hat jedoch die Fäulniss der Leiche bereits eingewirkt, und ist der Tod unmittelbar oder kurz nach der Verletzung erfolgt, so kann das Blut dennoch flüssig bleiben, wenn auch die Verletzung im Leben Statt gefunden hatte. — Findet man bei Kopfverletzungen zwischen dem Gehirne und dem Schädel, oder auf dem Zelte des kleinen Gehirnes ein Extravasat, das aus einer rothbraunen homogenen Masse besteht, welche die Form des enthaltenden Raumes angenommen hat und glatte Flächen besitzt, so war das Extravasat vor dem Tode da. — Klebt das Blut bereits an den benachbarten Theilen fest, so ist das Extravasat schon länger entstanden. Das nach Apoplexie ausgetretene geronnene Blut wird erst gegen den 9. bis 14. Tag an die benachbarten Theile anhängend, und gibt den Maasstab für Extravasate an andern Körpertheilen. — Doch sind schon beträchtliche Verletzungen der Brust- und Baucheingeweide vorgekommen, ohne entsprechende Merkmale der Gewaltthätigkeit an den äusseren Bedeckungen.

Ecchymosen und Extravasate an den Leichen Neugeborner sind, mehreren Erfahrungen zufolge, unsichere Zeichen eines Statt gehabten Lebens; denn bei den meisten mit dem Kopfe voran gebornen todten Kindern finden sich unter den Kopfdecken Blutergiessungen ohne alle Spur von aussen etc.; auch hat man nicht

allein am Kopfe, sondern auch an andern Körpertheilen todter Neugeborner Suggillationen gesehen. — Das *Cephalaematoma* mit seinen zwei Arten, *subaponeuroticum* und *subpericranicum* ist von Suggillationen und Ecchymosen zu unterscheiden. *C. subaponeuroticum* beobachtet man gleichzeitig mit der Kopfgeschwulst; häufig folgt es dieser, die Haut ist missfärbig, die Geschwulst nicht genau umschrieben, schmerzhaft, der Knochenring fehlt, Fluctuation tritt nur nach und nach ein, und das Blut wird gewöhnlich leicht resorbirt. Dieses Blutextravasat entsteht entweder durch eine schwere Geburt oder durch eine äussere Gewalt; im ersten Falle sitzt die Geschwulst gerade auf einer Naht, was bei *C. subpericranicum* nicht vorkommt. Im andern Falle pflegt die Geschwulst unregelmässig zu sein, und ihre angeschwollenen Ränder sind bei der Berührung schmerzhaft, ihre Hervorragung ist bedeutender als bei *C. subpericran.*, sie verlieren sich allmälig nach den gesunden Theilen hin, und können über Nähte weggehen, wo der Schädel noch nicht verknöchert ist. Das *C. subpericranicum* entsteht gewöhnlich vom ersten bis vierten Tage, am häufigsten nach Erstgeburten und bei Knaben; es sitzt meist auf einem Scheitelbeine, manchmal auch auf den andern Knochen; die Geschwulst ist mit der übrigen Haut gleichfärbig, unschmerzhaft, umschrieben, anfangs weich und wenig gespannt, steigt von Wallnuss- bis Pomeranzengrösse, wird dann teigig und schwappend, und lässt in ihrem ganzen Umfange einen Ring wahrnehmen, als ob hier der Knochen fehlte. — Schwere Geburten sind häufig Ursachen von Blutergiessungen in und an dem Schädel, wo auch zuweilen Brüche der Schädelknochen mitbestehen. Auch an andern Körpertheilen erscheinen nach schwerer Geburt Ecchymosen. Durch Zusammenschnürung des Nabelstranges können Suggillationen am Halse entstehen, wo man als entschiedene Momente der Entstehung, die Lage des Fötus, die Art seiner Bewegungen im Uterus, den weiteren oder engeren Raum, in dem er sich bewegt, die Quantität des Fruchtwassers, die grössere oder geringere Zähe und Ausdehnbarkeit des Nabelstranges, den grösseren oder geringeren Reichthum an Sulze, die Verschiedenheit in der Textur der Haut des Fötus und die Art des Geburtsactes betrachten muss. Findet man in solchen Fällen zugleich einen kreuzförmigen Eindruck am Halse, so ist es wahrscheinlich, dass hier keine andere fremde Gewalt einwirkte, da sich der Nabelstrang an einer Stelle des Halses zu kreuzen pflegt. — Rücksichtlich der Ecchymosen an und in dem Schädel Neugeborner in Folge eines Sturzes bei der Geburt auf den Boden ist zu bemerken, dass auch Beobachtungen eines solchen Sturzes ohne sichtbare Wirkung vorliegen. Die Bedingungen zum Entstehen solcher Wirkungen sind folgende: 1. rasche oder präcipitirte Geburt bei weitem Becken, verhältnissmässig kleinen Kopfdurchmessern, Abwesenheit anderer mechanischer Hindernisse der Geburt. Bei heimlich gebärenden, unehlich Geschwängerten wird oft durch Angst und Furcht der Uterus zu allzuheftigen Zusam-

menziehungen gezwungen, und das Kind nicht selten mit Kraft aus den Geburtstheilen geschleudert, welcher Umstand bei der Beurtheilung gleichfalls bedacht werden muss. 2. Dem schnellen Austritte des Kopfes darf kein Hinderniss im Wege stehen, wie z. B. zu starker Kopf, zu kurzer Nabelstrang bei noch festsitzender Placenta, oder Umschlingung desselben um einen Theil des Kindskörpers. Das Erstgebären an und für sich hindert eine präcipitirte Geburt nicht. — 3. Da es weniger auf die Entfernung der Geburtstheile vom Boden, als auf die Kraft des Uterus ankommt, womit er den Fötus ausstösst, so ist es nicht nöthig, dass die Geburt im Stehen abgemacht werde; auch das Niederhocken ist hinreichend, Ecchymosen und Extravasate mit und ohne Knochenverletzung zu erzeugen. — 4. Je härter der Boden, desto leichter entstehen derlei Ergiessungen; findet man aber nichts, wenn auch das Kind auf ein Steinpflaster gefallen wäre, so ist die Ursache in der grossen Elasticität der Kopfknochen zu suchen. — 5. Lange, nicht umschlungene Nabelschnur befördert die nachtheiligen Wirkungen des Sturzes auf den Schädel, weil sie nicht angespannt wird, somit nicht zerreissen kann. Durch das Zerreissen derselben wird die Kraft des Sturzes geschwächt. (*Henke's Zeitschrift, 1845. 1. Hft.; in Friedreich's Centralarchiv der gesammten Staatsarzneikunde. 1845. Juli — Augustheft.*) Blodig.

E. Chirurgie.

Über den Bruch am untern Ende des Radius. Von Dr. Gustav Prinz. — Der genannte Bruch verdient desswegen besondere Aufmerksamkeit, weil er früher sehr häufig (und noch jetzt nicht selten) mit Luxation der Hand, der Ulna, besonders aber mit Subluxation des Handgelenkes verwechselt wurde. Brodie und Dupuytren haben auf die Natur und Häufigkeit dieses Bruches, Goyrand und Malgaigne auf die anatomischen Verhältnisse desselben aufmerksam gemacht. Er kommt unter den verschiedenen Affectionen, die am Handgelenke und in dessen Nähe beobachtet werden, am allerhäufigsten vor, wie aus den beigefügten statistischen Angaben erhellt. Die Ursache ist gewöhnlich ein Fall auf die flache Hand, besonders auf den Ballen des Daumens, seltener auf den Handrücken. Am häufigsten verlaufen die Brüche quer und schräg von oben und hinten nach unten und vorn, höchst selten von oben und vorn nach unten und hinten, oder vollkommen schief oder der Länge nach. Bei Kindern kann sich die Epiphyse des Knochens ablösen. Der Bruch kann complicirt sein: mit Drehung und Zerreissung der *Cartil. triangularis*, des innern Bandes des Handgelenks, mit Luxation der Ulna, Abreissung des *Proc. styloideus ulnae*, mit Luxation des Radius und Wunden der Weichtheile.

Die vorzüglichsten Erscheinungen sind ausser dem nicht seltenen Gefühl des Krachens im Momente des Falles, Stellung der Hand in der Prona-

tion und Abduction (gegen den Radius), der Radio-Ulnar-Durchmesser am untern Theile etwas vermindert, der Dorso-palmar-Durchmesser vergrössert, mithin der Vorderarm an dieser Stelle mehr rundlich, am Radialrande eine ziemliche Vertiefung, das untere Ende der Ulna stark hervorragend, die Finger halb gebogen; bei Abwesenheit von Geschwulst: Hervorragen des obern Endes des untern Bruchstückes auf der Rückenfläche und des untern Endes des obern Bruchstückes auf der Palmarfläche; in einzelnen Fällen Crepitation, Beweglichkeit der Fragmente, fehlende Rotation des Köpfchens des Radius.

Zur Unterscheidung von der Luxation führt Malgaigne folgende letzterer eigenthümliche Verhältnisse an:

1. Es ist die normale Länge des Radius vorhanden, der über die Ulna hinausgeht;

2. der *Proc. styloid. radii* (so wie der der Ulna) hat seine natürlichen Beziehungen zur Handwurzel verloren; bei der Fractur befindet sich derselbe nicht mehr in der Linie der Diaphyse des Radius; behält aber sein normales Verhältniss zum Carpus;

3. die Gegenwart des queren untern Vorsprunges des Radius nach vorn, unter welchem die Fracturen kaum möglich sind;

4. bei penetrirenden Wunden die Gegenwart des Gelenkknorpels.

Übrigens kommen Luxationen am Handgelenk nur selten ohne Brüche der Vorderarmknochen vor. Richtig erkannt und behandelt, heilen diese Brüche schnell; nicht selten aber bleibt trotzdem Steifigkeit, Schmerzhaftigkeit und Schwäche des Handgelenkes zurück, was hauptsächlich von der grössern oder geringern Schiefheit des Bruches abhängt. Wird der Bruch sich selbst überlassen, so bleibt Deformität zurück; denn ist seine Richtung von oben nach unten und von hinten nach vorn, so gleitet das untere Bruchstück auf die Schrägfläche der hintern Partie des untern Endes des obern Bruchstückes, das untere Bruchstück aber, durch den Faserknorpel des Handgelenkes an die Ulna befestigt, beschreibt eine Kreisbogenbewegung. Die äussere Partie wird daher mehr dislocirt als die innere; die obere wird gegen den Zwischenknochenraum gezogen, während die Gelenkfläche sich nach aussen und hinten neigt. — Bei der schiefen Fractur von oben nach unten und von vorn nach hinten gleitet das untere Fragment von unten nach oben und von hinten nach vorn auf die schräge Fläche des obern Bruchstückes; die Gelenkfläche des Radius neigt sich nach aussen und etwas nach vorn, Dislocation nach dem Zwischenknochenraum. So verhält es sich auch bei der von oben nach unten und von aussen nach innen schiefen und bei der Comminutiv-Fractur. Die Hand neigt sich mit der Handwurzel nur dann gegen die Radialseite, wenn durch die Heftigkeit der Gewalt das innere Handwurzelband oder der *Processus styloideus ulnae* abgerissen wurde. Auch kann in dem Falle durch heftiges Hinaufdrängen des untern Fragmentes der Knorpel und die sehnigen Fasern des untern Radio-ulnar-Gelenkes reissen, und so eine Luxation des untern Fragmentes auf die Ulna erfolgen.

Die Reposition geschieht auf folgende Weise: Man entfernt den Arm vom Stamme, lässt den Vorderarm beugen und die Hand in der Mitte zwischen Supination und Pronation halten. Die Contraëxtension geschieht am untern Theile des Oberarms, die Extension an der Hand, während man diese zugleich gegen den Ulnarrand des Vorderarmes neigt, und ein Gehülfe die Muskeln in den Zwischenknochenraum, die Bruchstücke aber gegen einander drückt, um die Abweichung nach der Dicke zu beseitigen.

Zur Retention dienen mannigfache, von verschiedenen Chirurgen gebrauchte und vom Verf. beschriebene Verbände, die hier nur kurz erwähnt werden sollen. Pouteau legte vorn und hinten eine Leinwandrolle von der Länge des Vorderarmes und wenigstens 1″ Durchmesser an, darüber 2 Schienen und eine Zirkelbinde.

Desault gebrauchte 2 graduirte Compressen, befestigt durch die Hälfte einer langen Rollbinde, darüber 2 Schienen und eine dritte an der Radialseite. Mit dem Reste der Binde wurde der Verband vollendet. Cline und Dupuytren suchen eine kräftige Abduction der Hand zu bewerkstelligen; ersterer durch Einwicklung des Armes zwischen 2 Schienen, Einlegen desselben in eine Schärpe bis zur Hand, so dass diese frei herabhängt und durch ihr eigenes Gewicht sich adducirt, letzterer durch Anlegung einer eisernen, unbiegsamen, zollbreiten, an ihrem untern Ende halbkreisförmig gekrümmten und von der Hand abstehenden Schiene an die Seite der Ulna.

Blandin bediente sich zu diesem Zwecke knieförmig gebogener Schienen.

Goyrand's Verband bezweckt durch zwei graduirte Zwischenknochen-Compressen, zwei genau auf die Knochenoberfläche passende Kissen und durch zwei Schienen, deren vordere am untern Ende schräg abgeschnitten ist, nebst einer kräftigen Abduction auch die Erhaltung der Fragmente in der gehörigen Lage.

Ausserdem beschreibt Verf. Velpeau's immobilen Schienenverband mit graduirten Compressen, dessen Ex- und Contra-Extensionsverband mittelst der Ansen und einer Schiene, die länger ist als das Glied, und sich unten in einer perpendiculären Branche endigt, so wie endlich Stromeyer's knieförmig gebogene Schiene.

Nach einigen Erläuterungen über die Behandlung der Complicationen und der nach der Heilung zurückgebliebeneu krankhaften Zustände folgt die Beschreibung von 24, vom Jahre 1825 bis 1842 auf der chirurgischen Clinik zu Erlangen beobachteten Fällen von Fractur des Radius in der Nähe des Handgelenkes.

Die beigefügten Abbildungen zeigen die Stellung der Fragmente bei den zwei häufigsten Arten des Bruches, Stromeyer's knieförmig gebogene Schiene und ein Exemplar einer geheilten Fractur. (*Inauguralabhandlungen. Erlangen.*)

Diegelmann.

3.

Notizen.

Mittheilungen aus England und Irland. Von dem k. k. Primarwundarzte Dr. Carl Sigmund in Wien.
(Fortsetzung.)

Medicinalreform, Ansichten und Ergebnisse.
(Fortsetzung.)

Die Fussböden der Spitalszimmer und Säle sind beinahe durchgehends von Holz und zwar weichen Holzgattungen gebaut, die in der Regel gefirnisst oder gebohnt sind; wo dieser Überzug fehlt, muss die Reinigung durch öfteres Waschen des Bodens erhalten werden, ein für die Kranken sehr nachtheiliger, für die Arbeitenden sehr mühseliger Übelstand. Die transportablen Fussböden, welche ausserhalb der Krankensäle gereinigt, getrocknet oder gefirnisst und dann neuerdings eingelegt werden, haben nirgends in grössern Anstalten Verwendung gewonnen, scheinen auch in der That unpractisch zu sein, zunächst die, welche Ansammlung des Staubes und Ungeziefers an den Unterlagen zu begünstigen. — Die Fenster der Zimmer, gross, hoch und weit, zugleich nahe an einander gestellt, gehen nicht selten bis zur Höhe von 2—4 Schuhen über dem Fussboden herab, wie wir das auch in Frankreich häufig finden, während in manchen grössern deutschen Spitälern das Fenster 5 — 6 Schuh, ja sogar höher gestellt ist, damit die oft von den Nachbargebäuden ohnehin verfinsterten Säle nur noch finsterer und düsterer erscheinen mögen, ferner die an die Wände gestellten Betten alles gerade einfallenden Lichtes entbehren, und damit endlich Staub und Unrath, von dem überwachenden Auge noch weniger bemerkt, auf den Fensterbretern Wochen und Monate lange unbeirrt lagern könne. Die Fenster selbst bestehen häufig bloss aus zwei quer getrennten Theilen, von denen der untere nach auf-, der obere nach abwärts verschoben werden kann, um grossen Massen Luft auf einmal Einlass zu gewähren, in einigen Anstalten sieht man Fenster, aus drei bis vier quer getrennten Theilen bestehend, welche mittelst Zapfen in ihren Rahmen dergestalt befestigt sind, dass jeder einzelne Theil um seine Achse gedreht werden kann, wodurch bei dem Drehen die Öffnung des Fenstertheils schief oder horizontal ausfällt, etwa so wie bei unseren Jalousien; diese Einrichtung ist weniger zweckmässig, und begünstigt auch das Zerbrechen der Glasscheiben mehr; Doppelfenster sind in England nicht üblich, zumal nicht für Spitäler; auch gewahren wir keine jener mitunter lächerlichen Vorkehrungen, um die Fenster hermetisch schliessend zu machen, da der Engländer die Continental- und Binnenlandfurcht vor der freien und der sogenannten „Zugluft" nicht theilt, ja fast nicht kennt; eine Furcht, welche nur in Ländern herrscht, in welchen vor dem Genusse frischer, freier Luft, insbesondere im Winter, eine wahre Abneigung eingewurzelt ist, in welchen daher die Bewohner in ängstlicher Scheu vor Luft und Zugluft es vorziehen, ihre und ihrer Zimmergenossen Ausdünstung einzusaugen, und damit die ohnehin zahlreichen Ursachen der Erkrankungen um ein Beträchtliches zu vermehren, während in ihren Spitälern eben diese Abneigung vor Luftwechsel häufig genug die Genesung, ja selbst das Leben der Kranken verkümmert. — Die Wände der Krankensäle sind in der Mehrzahl einfach weiss getüncht, in den wohlhabenderen Anstalten gemalt und selbst gefirnisst, auch bis zu der Höhe von 5 — 7 Schuhe mit Holz, meistens von harter Gattung, überzogen; eine Einrichtung, welche zur Reinerhaltung der Wand viel beiträgt. Tünchen, Malen, Firnissen, Anstreichen u. s. w. wird in den wohlhabenderen englischen Anstalten dadurch wesentlich erleichtert, dass ein oder mehrere Zimmer zeitweise ganz leer stehen und recht bequem gereinigt und neu eingerichtet werden können; eine Wohlthat, die bei herrschenden epidemischen, endemischen und contagiösen Krankheiten allen Spitälern, insbesondere aber den Gebäranstalten zu Gute kommt, und die im Interesse der Humanität in jedem Spitale erforderlich wäre.

Auf die Betten der Kranken hat man mehr Sorgfalt verwendet, als in vielen Anstalten des Continentes. Die Bettstätten von Eisen haben in England jene von Holz noch nicht so allgemein verdrängt, als es z. B. in Frankreich, zumal in Paris, geschehen ist, obwohl England (Algier etwa abgerechnet) in Eisen vielleicht am wohlfeilsten arbeiten mag. Auf den ersten Blick scheinen die eisernen Bettstätten allerdings grosse Vorzüge vor den hölzernen darzubieten: mehr Dauerhaftigkeit, mehr Reinlichkeit, namentlich in Beziehung auf Ungeziefer, mehr Niedlichkeit für den Anblick, endlich leichtere Versetzbarkeit, weil dieselben zerlegt oder auf Rädchen weggeschoben werden können. Doch sind diese Vorzüge mehr eingebildet als wirklich, und die hölzernen besitzen jedenfalls entschiedene Vorzüge vor den eisernen; eine gut gemachte hölzerne Bettstätte dauert 10, ja 20 und selbst 30 Jahre, und fordert weniger Ausbesserung als die mehr zusammengesetzten eisernen; dieselbe ist eben so leicht rein zu halten als eine eiserne, ja bei dem Umstande, dass in den eisernen die Einfassung und der Spiegel von Holzbretern oder Gurten bedeckt werden müssen, findet Ungeziefer in denselben eben so behagliche Schlupfwinkel als in den hölzernen *); ob eine eiserne oder eine rein angestri-

*) Bei den mehrmals geführten Besprechungen über die gerühmten Vorzüge der eisernen Bettstätten bemerkte ein tactfester, alter Spitalsarzt unter Anderm, dass man unter dieselben sehr bequem

chene hölzerne Bettstätte niedlicher anzusehen ist, bleibt Geschmackssache; die Beweglichkeit endlich wird bei der hölzernen so leicht sein als bei der eisernen, sobald man sie mit Rädchen oder Rollen versieht. Hierzu kommt aber nun, dass die Kosten einer guten eisernen Bettstätte das Dreifache einer guten hölzernen betragen, dass die Bettwäsche bei der eisernen weit mehr leidet, namentlich dem Einzwängen und Einreissen weit mehr ausgesetzt ist, dass ohne Ausfütterung der Seiten-, Kopf- und Fusstheile, dann des Spiegels mit Holz *) die eiserne Bettstätte ein höchst unbequemes Lager gewährt, ja dass manche Kranke (Epileptische, mit Convulsionen Behaftete, Delirirende u. s. w.) sich an den eisernen Bettstätten weit schwerer als an den hölzernen verletzen können, und dass das Berühren der warmen Körpertheile mit dem kalten Eisen immerhin eine sehr unangenehme Empfindung verursacht; diese Nachtheile zusammengenommen werden daher den erfahrnen Spitalsarzt mit eisernen Bettstätten nicht befreunden, möge auch die Mode und blinde Nachahmung des Ausländischen noch so laut dafür schreien, und mögen oberflächliche Beurtheiler dieselben noch so warm empfehlen. — Die meisten englischen Betten sind namentlich für chirurgische Behandlung zu niedrig, erleichtern dagegen dem Kranken das Ein- und Aussteigen, so wie die Bereitung des Bettes selbst mehr als höhere. Die Betteinrichtung besteht gewöhnlich aus einer oder zwei Matratzen, zwei Kopfpölstern, einem Leintuche und einer Decke; die Matratzen sind in den wohlhabenderen Anstalten aus Rosshaaren, als dem brauchbarsten und dauerhaftesten Materiale, verfertigt; um des höheren Preises derselben willen finden wir eine Menge Ersatzmittel der Rosshaare, welche indessen ohne Ausnahme diesen weit nachstehen, und sogar in Beziehung auf wahre Sparsamkeit keinen Vorzug verdienen würden; solche Surrogate sind: das auch bei uns bekannte Seegras, die Fasern der Cocosnuss und der Rinden zahlreicher Nadelholzgattungen, die Baumwolle und Schafwolle sammt den Haaren verschiedener anderer Thiere; der erste Preis der Anschaffung solcher Matratzen wird allerdings geringer ausfallen, als jener von Rosshaar-Matratzen; dagegen sind die Dauer dieser, die Leichtigkeit und Zuverlässigkeit der Reinigung, endlich die Zweckmässigkeit und Bequemlichkeit eines daraus bereiteten Lagers unbestreitbare Vorzüge, welche auch bei jedem nicht bloss ephemeren Sparungssystem dieselben entschieden anempfehlen *). Zu Pölstern dient dasselbe Materiale, welches zu Matratzen verwendet wird; Federn und Flaumen sind aus öffentlichen Anstalten mit Recht verbannt. Die Form eines der Kopfpölster ist gewöhnlich jene eines Cylinders, und auf diesen legt man den viereckigen flachen Kopfpolster, um eine mässig ansteigende schiefe Ebene zu erzielen. Die Verwendung des Strohs zu Matratzen und Pölstern ist in England weniger gebräuchlich schon desshalb, weil Stroh seltener erzeugt wird als bei uns; diesen Mangel ersetzt man durch Verwendung einer zweiten Matratze. Die Leintücher und Überzüge der Matratzen und Pölster sind grösstentheils aus baumwollenen, die Überzüge häufig aus gefärbten Stoffen angefertigt. Zur Überwachung der Reinlichkeit eignen sich jedoch gefärbte Stoffe weniger, und es sind desshalb höchstens mit schmalen Streifen versehene empfehlenswerth; die grosse Wohlfeilheit der Baumwollstoffe würde diese schon an und für sich den leinenen vorziehen heissen, wenn auch nicht in neuester Zeit die Fortschritte der Spinn- und Webekunst ein eben so schönes und dauerhaftes Materiale aus Baumwolle lieferten, wie es ehedem aus Linnen ausschliessend geliefert wurde. — Die Decken sind sehr häufig aus Schafwolle nach Art unserer sogenannten Sommerdecken und Kotzen bereitet; fast eben so häufig trifft man jedoch dicke baumwollene, gewebte Stoffe, seltener ausgefütterte, sei es mit Baumwolle (Watta), sei es mit Schafwolle oder Haaren gefüllt und dann abgenäht, deren Reinigung offenbar schwer, ja geradezu unmöglich ist, während einige Mal wiederholte Waschungen die Fütterung ganz knollig, daher die Decken unbrauchbar machen. Die auch bei uns im Privatgebrauche verwendeten, namentlich in südlichen Provinzen beliebten Decken, welche aus Abfällen der Seidenweberei fabricirt werden, haben in kleineren Anstalten Eingang gefunden, und werden neben ihrer Schönheit als sehr dauerhaft und gleichzeitig leichter der Reinigung fähig gerühmt. — Eine besondere Ausstattung des englischen Krankenbettes bilden die Vorhänge, welche nach den mannigfachen Formen für dieselben bald an der Zimmerdecke, bald an der Wand, bald endlich an den aufsteigenden Bettsäulen befestigt und in der Regel aus weissen Baumwollstoffen ver-

sehen und daher die Reinlichkeit zuverlässiger überwachen könne; bei der Höhe, welche jedes gute Bett haben soll (2 — 3 Schuh), wird indessen auch unter die hölzerne Bettstätte leicht zu blicken sein. Indessen wäre gerade dieser Vorzug in Frankreich und England eine Illusion, sintemal daselbst die Bettstätten mit Vorhängen bis zum Fussboden umschlossen und alles Andere eher, nur nicht der Raum unter dem Bette, den Blicken des Arztes oder überwachenden Beamten zugänglich erscheint.

*) Eine so ausgefütterte Bettstätte ist dann eigentlich keine eiserne, sondern eine halbhölzerne, wobei die hölzernen Bestandtheile so wesentlich sind, dass ohne dieselben die Bettstätte, wenn nicht ganz unbrauchbar, doch höchst unbehaglich erscheint: wozu solche Complicationen! — Man sehe sich die so gerühmten eisernen Militärbetten an, die angeblich einfachsten, wohlfeilsten u. s. w., und urtheile dann unbefangen. —

*) Die Cocosnüsse werden durch die zahlreichen Schiffe meistens als Ballast geladen und in ungeheuren Quantitäten eingeführt; die Verwendung der dicken äussern, groben Schale zum Zupfen der Fasern ist daher in England um so practischer, als diese Arbeit von Leuten verrichtet wird, welche eben keiner anderen Arbeit fähig sind, so in Versorgungs- und Armenanstalten, in Irrenhäusern, in Gefängnissen und Zwangsarbeitshäusern u. s. w.

fertigt sind. Mässigung des Lichtes, Absonderung nach Bedürfniss und Belieben, dadurch genährte Schamhaftigkeit und Sittlichkeit sollen die Vorzüge der für jedes einzelne Bett bestehenden Vorhänge sein; zudem gehören sie zur gewohnten landesüblichen Einrichtung im Hause. Wir müssen es der individuellen Abschätzung überlassen, wie viel an diesen Gründen haltbar und zureichend sei, werden aber in einer öffentlichen Anstalt den Verstecken, die jedes solche einzelne Bett bildet, schon desshalb niemals das Wort reden, weil dann eine freie Luftcirculation noch mehr gehemmt sein, so wie auch alle Überwachung des Kranken durch Wärter und Arzt wegfallen muss; eine eigene Zierde des Saales sehen wir in solchen Vorhängen gar nicht, obwohl namentlich französische Ärzte auch diese noch als Grund der Beibehaltung anführen. — In vielen Anstalten treffen wir einige Luft- und Wasserbetten, wasserdichte Stoffe, die zu grössern oder kleinern Polstern verarbeitet, und als solche nach Umständen für jene Patienten bestimmt werden, welche besonders gut elastische Lager bedürfen; am meisten practisch scheinen die sogenannten Arnott'schen (auch auf dem Continent bekannten) Wasserbetten, bei denen in der Bettstätte die Wanne für das Wasser angebracht und darüber ein wasserdichter Stoff gespannt ist; durch eine Röhre kann mittelst eines Trichters die Wanne gefüllt und der ausgespannte Stoff mässig gewölbt werden, während durch einen eigenen Hahn das Wasser neuerdings abzulassen ist. Eine mässig dicke Unterlage auf den wasserdichten Stoff macht das Bett weich und elastisch zugleich. Nach unserm individuellen Urtheil bleibt indessen eine gute Matratze immer ein sichereres, zugleich dauerhafteres und nach Maassgabe des Falles leichter anzupassendes Lager, das auch für den zartesten Organismus weich und elastisch genug herzustellen ist, sobald man einige feine Schafwollen-, Linnen- oder Baumwollengewebe unterlegt, wobei auch die oft wiederholt erforderliche Reinigung leichter ausführbar erscheint, als bei den Luft- und Wasserbetten. Der Übelstand des eigenthümlichen und Vielen widerwärtigen Geruches von Caoutchouk (womit die Stoffe für Luft- und Wasserpölster luft- und wasserdicht gemacht werden) ist verschwunden, seit man jenen Geruch leicht bei der Fabrication auf chemischem Wege entfernen kann. — Die Stellung der Betten ist, wie in den meisten Spitätern, an die Wände vertheilt, am häufigsten mit dem Kopf-, seltener mit dem Seitentheile anstossend, und durch eine kleine Leiste am Fussboden die unmittelbare Berührung mit der Wand verhindert; die Stellung der Betten in die Mitte der Säle, so dass je eine oder zwei Reihen gebildet, letztere etwa mit den Kopftheilen fast an einander stiessen, ist auch in England nicht beliebt, obwohl diese Vertheilung bei übrigens genügender Beleuchtung eines Saales die vorzüglichste wäre, weil dabei die Wände ganz frei blieben und die Überwachung der Reinlichkeit noch leichter von Statten ginge, während der Arzt zu dem Kranken selbst von allen Seiten Zutritt behielte.

(Fortsetzung folgt.)

Allerhöchste Verordnung,

die neu errichtete Lehrkanzel der pathologischen Anatomie an der Hochschule zu Pesth betreffend.

Seine k. k. Majestät haben mit allerh. Entschliessung vom 9. August l. J. über einen allerunterthänigsten Vortrag der kön. ungarischen Hofkanzlei für den Professor der pathologischen Anatomie an der k. Universität zu Pesth, Dr. Ludwig Arányi, einen provisorischen Gehalt von 750 fl. C. M., dann die Kosten zur Anschaffung der Erfordernisse des pathologisch-anatomischen Saales, und eines jährlichen Pauschales für die currenten Bedürfnisse allergnädigst zu bewilligen, so wie zugleich auszusprechen geruhet, dass künftighin alle Hörer der höheren medicinisch-chirurgischen Wissenschaften die Vorlesungen über pathologische Anatomie zu hören verpflichtet seien. — Not. der kön. ungarischen Hofkanzlei vom 2. September 1845, Z. 13,306.

Beförderungen.

Seine k. k. Majestät haben mit allerh. Entschliessung vom 27. September l. J. die Lehrkanzel der Geburtshülfe zu Linz dem Professor des gleichen Lehrfaches zu Innsbruck, Doctor Fabian Ullrich, und dessen Stelle zu Innsbruck dem Dr. Florian Neuhold allergnädigst zu verleihen geruhet.

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Die Mineralquellen zu Zaizon in Siebenbürgen. Naturhistorisch und medicinisch dargestellt von Joseph Fabritius, Doctor der Medicin. Wien, gedruckt bei Carl Gerold. 1845.

Wenn nicht leicht Jemand dem als Motto vorangesetzten Ausspruch des verehrungswürdigen Hufeland: »Preis und Ehre dem, der die Brunnen der Tiefe und des unterirdischen Lebens eröffnet hat etc.« seine volle Anerkennung verweigern kann, so wird auch Niemand die lobenswerthe Tendenz vorgenannten kleinen, als Inauguralschrift erschienenen Werkchens verkennen, durch

eine eben so kurz als klar gefasste Darstellung der erst seit wenigen Jahren benützten Zaizoner Jodquelle die öffentliche Aufmerksamkeit auf ein so wohlthätiges und wichtiges Geschenk der Natur hinzurichten, dadurch zur Kenntniss der einheimischen Quellen, zur Verbreitung ihrer heilbringenden Benützung beizutragen, und so den kostspieligen Gebrauch mancher fremden Heilquellen, die theils desshalb, theils anderer Verhältnisse wegen Vielen ganz unzugänglich sind, entbehrlich zu machen.

Nachdem sich Verf. in der Einleitung (S. 5—9) über die Ursachen der bisher geringen Beachtung der Heilquellen Siebenbürgens ausspricht, und namentlich diejenigen einheimischen Mineralwässer anführt, welche die entfernten Quellen des Auslandes (zu Baden, Töplitz, Franzensbad, Marienbad, Homburg, Ischl, Hall, Kreuznach, Kissingen, Rohitsch, Eger, Gleichenberg, die Klausner Stahlquelle, die Heilbrunner Adelheidsquelle, ja sogar die Einfuhr des Püllnaer und Saidschitzer Wassers) ganz entbehrlich machen, gibt er uns in kurzen Umrissen die Beschreibung der anmuthigen Lage von Zaizon und seiner Quellen, eine kurze Darstellung ihrer allmäligen Benützung und genauern Untersuchung, der getroffenen Vorkehrungen und Einrichtungen, um sie zum Trink- und Badegebrauch geeignet zu machen, der später eingeleiteten Maassregeln zur Verschönerung und Annehmlichkeit des Badeortes, so wie zur Bequemlichkeit und zum Vergnügen der Curgäste. (S. 9—13).

Hierauf wird die physicalisch-chemische Untersuchung der 3 vorzüglichen Quellen besprochen, und die Resultate der im Jahre 1842 unternommenen Analyse der Ferdinands- und Franzensquelle aufgestellt. (S. 13—17).

Als die wirksamsten Bestandtheile der Ferdinandsquelle ergeben sich: die Menge der freien Kohlensäure, das kohlensaure Natron, das Jodnatrium, Chlornatrium und etwas kohlensaures Eisen, wodurch sie den alcalisch-muriatischen Säuerlingen mit Jodgehalt angereiht zu werden verdient, während die Franzensquelle bei dem Vorwalten des kohlensauren Eisens und dem geringen Salzgehalte den eisenhältigen Säuerlingen sich anschliesst. Durch den namhaften Gehalt an Jodnatrium (fast 2 Gr. auf 1 Pfd. Wasser) reihen sich die beiden Quellen zugleich an die wirksamsten und angenehmsten Jodquellen an.

Das Wasser beider Quellen ist vollkommen klar, perlend, von angenehm erfrischendem, stechend säuerlichem, leicht prickelndem Geschmacke, das der ersteren von etwas grösserem Salzgehalt, Temperatur und specifischem Gewicht, als das der letzteren, welches einen hintennach etwas zusammenziehenden Geschmack (wie bei Eisengehalt immer) besitzt.

Das Wasser der dritten, erst im Frühling gegenwärtigen Jahres entdeckten Quelle (neue Quelle) enthält nach einer vorläufigen chemischen Untersuchung viel freie Kohlensäure, sehr wenig Hydrothionsäure, viel salzsaures, wenig kohlensaures und eine noch geringere Menge schwefelsaures Natron, eine nicht geringe Menge kohlensauren Kalk, etwas Magnesia, und zeigt bei 10—20maliger Concentrirung eine deutliche Reaction auf Jod, besitzt bei vollkommener Durchsichtigkeit einen nur schwach hepatischen, dagegen einen entschiedenen Jodgeruch und einen ähnlichen, jedoch nur schwachen und dessen ungeachtet angenehmen und salzigen Geschmack.

Die Reichhaltigkeit an den genannten wirksamen Bestandtheilen sucht Verfasser durch nachstehende vergleichende Zusammenstellung mit der berühmten Adelheidsquelle zu Heilbrunn in Baiern und der ersten Quelle zu Ivonicz in Galizien anschaulich zu machen.

Zaizoner Ferd. Quelle.	Heilbrunner Adelh. Quelle.	Ivoniczer erste Quelle.	
3,523	22,683	45,343	Chlornatrium.
1,435	0,561	0,127	Jodnatrium.
7,582	2,921	9,778	kohlens. Natron.
0,087	0,035	0,029	» Eisenoxydul.

Die zunächst folgenden acht Seiten belehren uns über das »dynamische Verhältniss des Zaizoner Jodwassers zum gesunden und kranken Leben des Organismus,« wobei sich die Bethätigung und qualitative Umänderung der Functionen des vegetativen Lebens als seine Grundwirkung herausstellt, und wesswegen dasselbe auch hauptsächlich gegen veraltete und tief eingewurzelte Krankheiten der Vegetation in allen ihren mannigfaltigen Formen, insbesondere gegen scrophulöse und inveterirte syphilitische Dyscrasie, verbunden mit Mercurial-Cachexie, als heilsam gepriesen wird, was durch die zwei beigefügten synoptischen Krankheitsgeschichten zu erläutern versucht wurde.

Den Beschluss (S. 25—30) macht die Mittheilung der von dem Magistrat von Kronstadt vorgeschriebenen Regeln bei dem Gebrauch des Josephsbades, eines in der Nähe des Franzensbrunnens eingerichteten und von diesem seinen Zufluss erhaltenden Kaltbades.

Das Ganze stellt somit einen gewiss nicht uninteressanten Beitrag zur Balneologie der Gegenwart dar, und verdient schon desshalb Berücksichtigung, weil sich nicht abläugnen lässt, dass dieses neue Geschenk der wohlthätigen Mutter Erde durch dankbare verständige Würdigung und weise Benützung vielleicht schon in der nächsten Zukunft für Hunderte der leidenden Menschheit eine eigene Quelle des Heils und des Glückes werden könne. —

Die äussere Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig.

Diegelmann.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1845.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Oesterreicher's (Dr. H.) anatomische Steinstiche, oder bildliche Darstellung des menschlichen Körpers so wie seiner Theile. Supplementband, enthaltend die zur 2. Auflage neu hinzugekommenen Tafeln und Tafelerklärung von M. P. Erdl. 1. und 2. Lief. (31 lith. Tafeln in Royal-Fol. und 3 Bogen in 8.) München, *Palm*. 4 fl. 10 kr.

Otto (Dr. C.), die Giftpflanzen Thüringens, mit besonderer Rücksicht auf ihren Standort im Fürstenthume Schwarzburg-Rudolstadt. Zur Selbstbelehrung und zum Schulgebrauche. Mit 26 Abbildungen. 2. verbesserte Auflage. 8. (32 S. und 16 lithograph. Taf.) Rudolstadt, *Renovanz*. Geh. Schwarz 23 kr. Color. 30 kr.

Plitt (Dr. Heinr., pract. Arzt zu Tharandt etc.), die Wahrheit in der Hydropathie und ihr Verhältniss zur rationellen Heilkunde. Dargelegt für Ärzte und wissenschaftlich gebildete Nichtärzte. 1. Bd. gr. 8. (XVI und 312 S.) Dresden, *Arnold*'sche Buchhandl. Geh. 2 fl. 42 kr.

Praxis, die chirurgische. Nach den Vorlesungen der berühmtesten englischen Wundärzte: Brodie, Cooper, Charl. Bell, Hawkins, Liston, Guthrie, Arnott, Syme etc. Herausgegeben unter Redaction des Dr. Friedr. J. Behrend, pract. Arztes zu Berlin. 1. Lief. gr. 8. (192 S.) Leipzig, *Kollmann*. Geh. 1 fl. 8 kr.

Rammelsberg (C. F., Dr. der Philosophie, Privatdocent der Chemie und Metallurgie an der Universität zu Berlin), Anfangsgründe der quantitativen mineralogisch- und metallurgisch-analytischen Chemie, durch Beispiele erläutert. Als Einleitung zu H. Rose's Handbuch der analytischen Chemie für Anfänger bearbeitet. gr. 8. (VI u. 313 S.) Berlin, *C. G. Lüderitz*. Geh. 3 fl.

Reichenbach (Dr. A. B., Lehrer der Naturgeschichte an der Realschule in Leipzig), Universum des Thierreichs. Practische Naturgeschichte des Menschen und der Thiere für Gebildete aller Stände. Mit meist in Stahl gestochenen und naturgetreu colorirten Abbildungen. 3. Hft. Schm. 4. (S. 65 – 96 und 4 Tafeln Abbildungen.) Leipzig, *Gebhardt & Reisland*. Geh. 36 kr.

Repertorium für die Pharmacie, herausgegeben zu München von Dr. Buchner. II. Reihe. XXXIX. Bd. in 3 Heften. 12. (1. Hft. 144 S.) Nürnberg, *Schrag*. Geh. 2 fl. 15 kr.

Richter (Herm. Eberh., Dr. und Prof. der Medicin), die schwedische nationale und medicinische Gymnastik. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 8. (VI und 40 S.) Dresden, *Arnold*'sche Buchh. Geh. 24 kr.

Schweickart (Dr. Heinr., pract. Arzt und Medicinalrath), der Führer durch Deutschlands Heilquellen, für Kranke und Erholungsreisende, welche dieselben mit möglichst wenigem Aufwande besuchen wollen, d. i. die grössern und kleinern Curorte Deutschlands, nach den einzelnen Provinzen gruppirt, und nach ihrer Lage, Einrichtung, Eigenthümlichkeit, dem nöthigen Aufwande, ihren Heilkräften und ihrem Gebrauche für das nichtärztliche Publicum dargestellt. kl. 8. (20 Bog.) Ebend. Geh. 45 kr.

Schwend (Eberhard), über Einrichtung der Apotheken und über Geschäftsführung. gr. 8. (130 S.) Schwäbisch-Hall, *Ebner & Seubert* (*W. Nitzschke*) in Comm. Geh. 1 fl.

Steinhauser (Dr. G., pract. Arzt), gründliche Beseitigung der Hartleibigkeit, oder Mittel und Wege, der Hartleibigkeit auch ohne Pillen und Abführmittel abzuhelfen. Für Jedermann fasslich dargestellt. 8. (54 S.) Wien 1846, *Jasper*'sche Buchh. Geh. 21 kr.

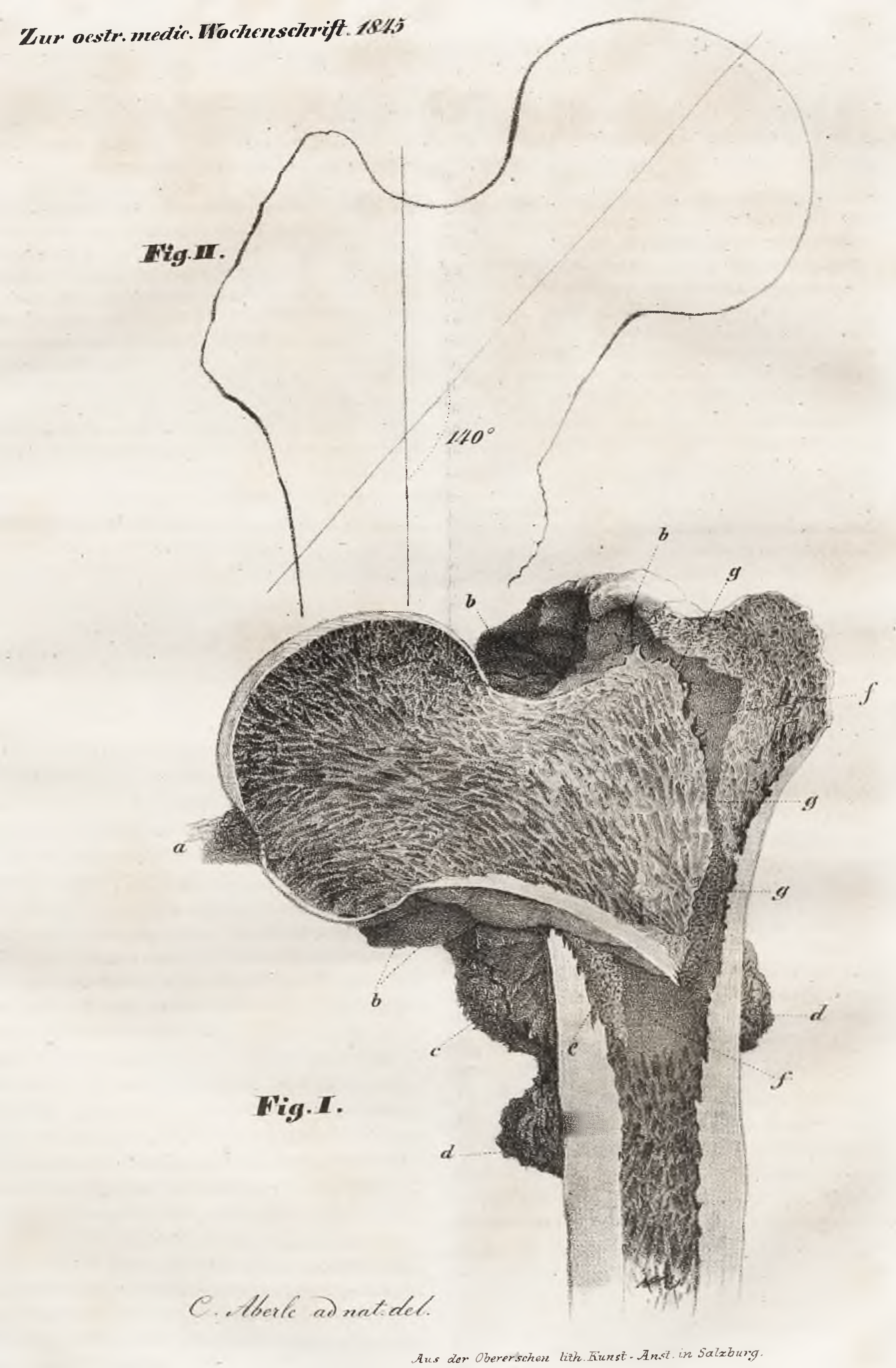
Wagner (Dr. A.), Andeutungen zur Characteristik des organischen Lebens nach seinem Auftreten in den verschiedenen Erdperioden. gr. 4. (28 S.) München. (*Franz*.) Geh. 30 kr.

Weinberger (Rudolph, Magister der Zahnheilkunde), die Haare des Menschen im gesunden und kranken Zustande, oder: Grundsätze und Regeln zur Pflege und Erhaltung der Haare im gesunden Zustande und die bewährtesten Heilmittel gegen die Krankheiten, als: Ausfallen, Kahlköpfigkeit und frühzeitiges Ergrauen derselben. 8. (8 o. Pag. und 136 S.) Wien 1846, *Jasper*'sche Buchhandl. Geh. 45 kr.

Berichtigung.

In Nr. 42 dieser Wochenschrift S. 1331 Z. 15 v. o. statt: wahrscheinlicher, lies: nicht wahrscheinlicher etc.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.


Fig. II.
140°
b
b
g
f
g
g
a
b
c
e
d
f
d
Fig. I.
C. Aberle ad nat. del.
Aus der Obererschen lith. Kunst-Anst. in Salzburg.

